SYMPHYSÉOTOMIE

ET

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

ARTIFICIEL

(ESSAI DE PARALLÈLE HISTORIQUE)

SYMPHYSÉOTOMIE

ET

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

ARTIFICIEL

(ESSAI DE PARALLÈLE HISTORIQUE)

PAR

LE DOCTEUR GUSTAVE ROLET

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

INTRODUCTION

Les questions de la symphyséotomie et de l'accouchement prématuré artificiel ont été l'objet d'innombrables travaux.

Il nous a paru intéressant cependant, de rechercher dans un même travail comment les idées de ces deux opérations étaient venues à l'esprit des accoucheurs, de suivre ensuite les vicissitudes des deux méthodes ; et enfin par l'étude des résultats obtenus actuellement par chacune d'elles, de nous faire une opinion sur la question.

La première idée de ce travail nous est venue au cours d'une leçon faite sur ce sujet, au mois de janvier de cette année, par M. le docteur Bar. Nous le prions d'accepter l'expression de nos sentiments de profonde reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a témoignée et les conseils qu'il nous a donnés.

M. le professeur Laboulbène, en acceptant la présidence de cette thèse, nous fait un honneur dont nous le remercions sincèrement.

Nous tenons à remercier aussi nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux de Paris, ainsi que ceux de l'École de médecine de Besançon et particulièrement M. le docteur Heitz.

Enfin nous remercions sincèrement notre ami M. Helle qui nous a aidé dans nos traductions.

CHAPITRE PREMIER

En face d'un accouchement laborieux, traînant en longueur, finalement reconnu impossible, et où les difficultés du travail mettaient en danger les deux êtres, les anciens accoucheurs n'avaient pas à leur disposition de nombreux moyens.

L'opération césarienne sur la femme vivante était si meurtrière que les plus habiles l'avaient abandonnée en la condamnant. Voici ce qu'en dit Peu (1) en 1694 : « J'ai eu la curiosité de m'entretenir à fond de cette matière avec mes anciens confrères : tous m'ont assuré n'avoir jamais fait ni vu faire cette opération autrement que sur des femmes déjà mortes, à dessein seulement de faire avoir la vie de la grâce à leurs enfants ». Puis plus loin p. 336 : « Au reste, pour conclure, mon sentiment est de ne point hasarder l'opération césarienne sur une femme encore vivante. Je ne l'ai point fait, je n'ai pas envie de commencer. Fraie le chemin qui voudra, je n'y veux marcher que sur les pas d'un autre qui en soit honorablement sorti ».

Mauriceau (2) en 1721 n'en est pas plus enthousiaste : « Pour moi, dit-il, j'aimerais bien mieux agir de la sorte (extraire l'enfant même vivant à l'aide du tire-tête) en

(1) Peu, *La pratique des accouchements*, Paris, 1694, p. 335.

(2) Mauriceau, *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*, 6e édit., Paris, 1721.

pareille occasion que de me résoudre à la cruauté et barbarie de l'opération césarienne, de laquelle il est absolument impossible (quoy qu'en assurent plusieurs imposteurs dont Rousset est l'approbateur) que la femme puisse jamais réchapper ».

Restaient les instruments fœticides : les crochets, puis le tire-tête de Mauriceau, première et lointaine ébauche du céphalotribe. Mais si l'enfant était mutilé, la mère était-elle sauvée à coup sûr? Pas toujours, tant s'en faut. Voici ce qu'on lit dans l'ouvrage de Peu (1) : « Il est des gens au monde qui, s'en étant voulu mêler, ont arraché l'enfant par pièces, ont déchiré la matrice, percé la vessie, crevé le rectum et quelquefois les intestins faute de les savoir distinguer, et les femmes qui ont souffert ces maux sans en mourir sur l'heure ou bientôt après par la décharge involontaire de leurs excréments en des lieux que la nature n'y a pas destinés, sont demeurées misérablement estropiées pour toute leur vie. Je dis ce que j'ai vu ».

Mauriceau raconte dans son chapitre XXXIII une histoire qui nous fixe sur la valeur du crochet dans certaines mains : « Le 29 novembre 1675, j'ai vu, dit-il, en la rue de la Mortellerie, chez M. Paris mon confrère, la sœur d'une pauvre femme qui venait de mourir, à ce qu'elle me dit, par les violences extraordinaires que ce téméraire auteur (Viardel) lui avait faites en sa présence durant deux heures entières, pour l'accoucher, lequel au lieu de luy tirer du ventre son enfant qui était vivant,

(1) PEU, *La pratique des accouchements*, Paris, 1694, p. 298.

l'avait tué avec ses instruments (car il n'est pas croyable qu'il se soit servi de ses seuls ongles en cette occasion), et avait en même tems crevé et déchiré de tous côtés la matrice de la mère, ce qui avait été cause qu'elle mourut une heure ensuite, et qu'une grande partie des intestins et du mésentère de cette femme sortirent hors de son ventre par l'endroit de ces déchirements... ».

On comprend combien les accoucheurs étaient préoccupés de trouver un moyen de parer à ces « fascheux accouchemens ».

Leur véritable cause, la viciation pelvienne, n'était pas connue. « Un travail devient fascheux, disait Peu, par bien des endroits..... De la part de la mère, c'est quelquefois sa mauvaise humeur, son impatience, son indocilité etc., sa complexion, son âge avancé ». Mauriceau (1) reste dans le même ordre d'idées : « Les difficultés qui se rencontrent aux accouchemens arrivent ou de la part de la mère, ou de la part de l'enfant, ou même de celle de tous les deux. De la part de la mère, à cause de la mauvaise disposition de tout son corps ou seulement de quelques-unes de ses parties et principalement de la matrice, ou bien à cause de quelque forte passion de l'âme dont elle peut être préoccupée...

« Celle qui est petite et trapue ou contrefaite comme la bossue, n'a pas la poitrine assez forte pour faire valoir ses douleurs et les pousser en bas ».

C'est sans doute parce qu'on ignorait la viciation pel-

(1) Mauriceau, *loc. cit.*, livre II, chap. X.

vienne, véritable cause de ces accouchements laborieux dont la mise en relief eut satisfait les esprits, que les auteurs s'arrêtaient à toutes ces causes secondaires ou imaginaires et leur attribuaient une importance qu'elles étaient loin d'avoir.

Il faut arriver jusqu'à de la Motte (1), qui s'occupe dans son livre II, chapitre V, des vraies causes qui rendent l'accouchement long et difficile.

« La cause la plus essentielle de l'accouchement long et difficile, dit-il, est lorsque les vertèbres inférieures des lombes avec la partie supérieure de l'os sacrum, ou même cet os tout entier, s'avancent si fort en dedans, ou que les os pubis au lieu de s'élever en devant se trouvent aplatis, de manière à ne laisser qu'un très petit espace entre eux et l'os sacrum..... C'est cet espace plus ou moins large qui rend la sortie de l'enfant plus ou moins facile..., et quand les premiers accouchements ont été heureux et que les autres ne se trouvent pas semblables, quoiqu'en apparence les enfants étaient aussi gros que les autres, c'est que la tête des précédents était ou moins grosse ou plus tendre pour s'ajuster à la grandeur du passage, car il faut convenir que bien peu de chose de plus ou de moins fait un grand changement en ces occasions ».

Cependant on est étonné de trouver plus loin dans le même chapitre, les lignes suivantes à propos des boiteuses et des bossues : « S'il arrive par malheur qu'une femme attaquée de l'une ou de l'autre de ces maladies

(1) De la Motte, *Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature*, Paris, 1765.

ou des deux en même temps, souffre pour accoucher un travail long, pénible et laborieux, ce n'est que par la même raison que de pareils accouchements arrivent aux femmes les mieux conformées sans que ces conformations vicieuses en soient la cause, puisque le contraire arrive aussi fréquemment à ces mêmes personnes ». L'observation de l'auteur avait donc été incomplète ; les recherches anatomo-pathologiques étaient d'ailleurs rares à cette époque, et il ne paraît pas s'être jamais bien assuré de ce qu'il avançait. Nulle part dans son ouvrage on ne trouve traces de pelvimétrie.

Ignorant donc d'une façon absolue le rétrécissement chez les primipares pendant la grossesse, le soupçonnant seulement chez les multipares à accouchements antérieurs pénibles, les accoucheurs ne pouvaient s'en préoccuper et essayer de parer à ses dangers pour la mère et pour l'enfant. La grossesse allait à terme et le « fascheux accouchement » se produisait.

CHAPITRE II

Le problème consistait à faire passer par un bassin trop étroit un fœtus trop volumineux, il n'avait que deux solutions : diminuer le volume du fœtus ou agrandir le bassin.

Or il semble que depuis longtemps on ait eu l'esprit occupé de ce qui se passait du côté des articulations du bassin pendant la grossesse et l'accouchement, les uns admettant qu'elles se relâchaient et facilitaient ainsi l'accouchement, les autres rejetant cette idée. Mauriceau en effet écrivait en 1721 (1) : « quoy qu'Ambroise Paré (citant plusieurs témoins qui furent pour lors présens à la chose) nous rapporte l'histoire d'une femme qui fut pendue quinze jours après être accouchée, à laquelle il trouva (suivant ce qu'il dit) l'os Pubis séparé en son milieu de la largeur d'un demi-doigt, et même les os des Isles disjoints d'avec l'os sacrum. Je ne veux pas l'accuser d'imposture en cette rencontre, car j'ai trop de préférence pour luy et je l'estime trop sincère pour cela, mais je crois qu'il peut s'être trompé en la cause de cette séparation d'os ».

Au dire de Baudelocque, Séverin Pineau, au XVI[e] siècle, « avait recommandé la section de la symphyse, mais n'avait proposé pour favoriser l'écartement du pu-

(1) P. 207 de son *Traité des maladies des femmes*, etc.

bis que des émollients tout en affirmant qu'on pouvait sectionner la symphyse. Il ne paraît pas l'avoir fait ». Pendant longtemps, si on eut l'idée de la section pubienne on n'osa la faire. C'est sur le cadavre qu'elle est faite pour la première fois par De La Courvée qui publie en 1655 qu'il a délivré, en incisant avec un rasoir la symphyse, une femme morte dans les derniers jours de sa grossesse. Ainsi la section pubienne se substitua d'abord à l'opération césarienne post-mortem.

Longtemps après, à un intervalle de cent onze ans, en 1766, Plenck, au cours d'une opération césarienne, est amené à sectionner la symphyse sur la femme vivante. C'est la dernière étape avant la symphyséotomie raisonnée et voulue pour permettre l'accouchement dans les bassins rétrécis. Dans le cas de Plenck, adjuvant fortuit de l'opération césarienne, elle ne devait pas tarder à lui être substituée d'emblée.

En 1768, Sigault, encore élève, propose la section pubienne à l'Académie de chirurgie qui blâme et repousse avec dédain cette idée, sans paraître l'avoir examinée beaucoup. Sigault ne renonce pas à son projet et en 1773 il soutient sa thèse sur ce sujet à l'école d'Angers ; puis en 1777, aidé par A. Leroy, il exécute pour la première fois la symphyséotomie sur la femme Souchot. Le succès fut éclatant et en peu de temps la nouvelle opération eut de chauds partisans dans toute la France et même dans toute l'Europe. Une médaille commémorative fut frappée en l'honneur de Sigault et de la symphyséotomie ; la femme Souchot reçut une pension du gouvernement ; ce fut un véritable enthousiasme, Baudelocque dit du délire.

Mais la femme Souchot n'était même pas rétablie que les polémiques commençaient. Nous n'entreprendrons pas leur histoire que M. Desforges a exposée très complètement dans la première partie de sa thèse de doctorat. Elles furent violentes et personne n'en resta spectateur impassible. Le *Journal de Paris* aussi bien que les publications scientifiques, les vers de Sacombe à visée satirique, comme la prose la plus sérieuse, prirent fait et cause pour ou contre la nouvelle opération.

A peu près vers la même époque où la symphyséotomie faisait dans le monde obstétrical cette bruyante entrée, une autre idée s'insinuait timidement, en France du moins, dans l'esprit des accoucheurs : c'était celle de l'accouchement prématuré artificiel.

Cette idée n'avait pu naître logiquement avant la connaissance exacte des diamètres du bassin et celle des diamètres de la tête fœtale. Car n'établissant pas un rapport bien net entre les dimensions de la tête fœtale au terme de son évolution et les diamètres d'un bassin normal, les accoucheurs connaissaient encore moins la loi d'accroissement de cette tête suivant l'âge de la grossesse. Ils ne pouvaient donc établir de proportion entre deux inconnues : d'une part les diamètres du bassin parfois reconnu vicié mais non mesuré, d'autre part les dimensions de la tête fœtale aux différentes époques de la grossesse, sur lesquelles on devait plus tard acquérir des données sinon mathématiques, du moins suffisamment approchées dans la plupart des cas. L'accouchement prématuré artificiel eut donc une origine empirique. En effet on avait remarqué que des femmes

qui n'avaient pu accoucher à terme que d'enfants morts avaient donné le jour à des enfants vivants et viables en accouchant fortuitement au cours du huitième ou du septième mois.

Smellie en 1754, parlant de femmes à bassin vicié, écrivait (1) : « La seconde a eu aussi plusieurs enfants. Un autre accoucheur l'a délivrée trois fois et trois autres fois j'ai été appelé pour lui rendre le même office, mais on n'a pu sauver qu'un de ses enfants qui est venu avant terme et dans le huitième mois, encore était-il aussi très petit.

« La troisième était assez haute, mais elle avait été rachitique dans les deux ou trois premières années ; je l'ai accouchée trois fois, toujours avec beaucoup de peine, sans pouvoir sauver aucun de ses enfants, mais depuis elle en a eu un en vie qui est venu au bout de sept mois ».

Et Smellie, comme ses prédécesseurs, ne tire de cet ensemble de circonstances aucune indication pratique. Mais en Angleterre le salut de la mère était la grande préoccupation des accoucheurs, qui hésitaient moins qu'ailleurs à se servir des crochets dans les accouchements laborieux, au grand détriment des enfants.

Dominés surtout par l'intérêt de la mère, les accoucheurs anglais devaient, moins que ceux des autres pays, être rebelles à l'idée de provoquer l'accouchement avant terme. On lit en effet dans Jacquemier qu' « en 1756, au rapport de Denman, plusieurs médecins de Londres

(1) Smellie, *Traité de la théorie et de la pratique des accouchements*, traduction par M. de Préville, Paris, 1771.

furent unanimement d'avis que cette pratique était avantageuse et approuvée par la morale ». Le cas de Georges III né à sept mois et qui jouissait d'une excellente santé contribua beaucoup à faire admettre l'accouchement prématuré artificiel. La décision des médecins de Londres fut bientôt mise en pratique. Macaulay le premier provoqua l'accouchement et eut un succès. Il fut suivi dans cette voie par Kelly, Denman, John Hull, etc..., et malgré quelques oppositions, la nouvelle opération devint d'un usage courant parmi les accoucheurs anglais.

Les idées scientifiques à la fin du XVIII[e] siècle se diffusaient lentement, et cette lenteur a été sans aucun doute encore accrue pendant l'époque troublée de la révolution et des guerres de l'empire. L'accouchement prématuré artificiel fut longtemps pratiqué en Angleterre avant de passer sur le continent. C'est en 1799 seulement qu'il y fait son apparition, moment où Antoine Mai essaye en Allemagne d'en poser les indications.

Tentative sans grand écho car on ne note guère que les cas isolés de Wensel en 1804 et 1808 et de Kraus en 1819, jusqu'au travail de Riesinger en 1820 (1).

D'Allemagne l'accouchement prématuré artificiel passe en Hollande et en Italie.

En France, la symphyséotomie n'avait pas satisfait tous les esprits : dès 1779, deux ans après l'opération de

(1) RIESENGER. Die künstliche Frühgebürt als ein wichtiges Mittel der Entbindungskunst, etc. Augsburg und Leipzig, 1820.

la femme Souchot, Roussel de Vauzesme propose l'accouchement prématuré pour éviter la section pubienne ; il dit tenir cette idée de Levacher de la Feurtrie. Lauverjat un peu plus tard émet timidement une opinion favorable à l'accouchement prématuré artificiel. C'est qu'en effet on n'osait prendre la responsabilité d'une telle idée : l'utérus gravide était quelque chose d'intangible ; la distinction aurait été mal faite ou n'aurait pas voulu être faite par beaucoup d'esprits entre cette opération à but louable, et l'avortement. Et si Guillemeau, Mauriceau et. Puzos avaient admis la provocation de l'accouchement dans le cas d'hémorrhagies graves compromettant la vie de la femme, en dehors de ce cas bien limité, l'idée même d'interrompre la grossesse était regardée comme absolument contraire à la morale et à la religion.

CHAPITRE III

La symphyséotomie et l'accouchement prématuré artificiel étaient donc les deux solutions proposées au problème de l'accouchement dans les bassins rétrécis.

Quelle fut leur évolution respective ?

Dans la pensée même de Sigault les indications de la symphyséotomie étaient mal définies, il était naturel que la confusion fût plus grande encore dans l'esprit de ses contemporains. Cette confusion dura longtemps.

En effet, en 1807, trente ans après l'opération de la femme Souchot, Baudelocque écrivait dans son *Traité de l'art des accouchements* : « Sigault ne l'avait proposée que pour les cas extrêmement rares où, seule, l'opération césarienne offrait une terminaison ». D'après ces paroles la symphyséotomie ne devait s'appliquer qu'aux bassins très viciés où le forceps était impuissant et l'embryotomie impossible. Mais alors, dans ces cas, l'écartement des pubis devait fatalement donner un agrandissement très insuffisant du bassin rétréci. Et Baudelocque ajoute : « Mais dès le commencement on franchit ces bornes, tous trouvent des difficultés insurmontables, et ne voient de solution que dans la section des pubis ». Or il semble au contraire fort heureux qu'on ait franchi ces bornes, au delà desquelles seulement, la symphyséotomie devenait possible ; et si dans un certain nombre de cas elle fut inutile, elle n'en devait être que plus

facile et moins compromettre la vie des deux êtres. Dans les autres cas, elle avait, du moins, plus de chances de correspondre à ses véritables indications. En continuant la lecture de Baudelocque nous trouvons un peu plus loin : « M. Sigault dans les dernières années de sa vie ne la tente plus que dans les bassins d'au moins 2 pouces et demi (67 mm.) de petit diamètre. Il n'était donc plus dans la pensée de Sigault qu'elle dût s'appliquer « aux cas extrêmement rares où seule l'opération césarienne offrait une terminaison ».

C'est de ces indications mal posées et de leurs fluctuations que nous paraissent être résultées les premières vicissitudes de la symphyséotomie. Elle empiéta sur le domaine de l'opération césarienne où elle ne pouvait réussir. Au lieu de voir la véritable cause de ces échecs, d'admettre les deux opérations dans des limites déterminées, le domaine de l'une finissant là où commençait celui de l'autre, on fut partisan exclusif de l'une ou de l'autre, césarien ou symphysien, sans partage, au moins pendant les premières années. Puis la phase aiguë passée, on commença à examiner les faits. Desgranges se montre assez impartial dans un article du *Journal de médecine* de Paris, 1786, intitulé : « Remarques critiques et observations sur la section de la symphyse ». Il admet la symphyséotomie dans les bassins de 8 centimètres à 6 centimètres 1/2 et dans certains cas spéciaux, avec raison pour les uns tels que les exostoses du bassin, l'enclavement dans l'excavation, l'étroitesse de l'arcade pubienne, mais à tort dans les lésions des symphyses postérieures.

Dans une autre étude il conclut en préférant l'opération césarienne dans les grands rétrécissements, le forceps dans les petits.

Lauverjat fut un adversaire irréductible de la symphyséotomie et concluait « que toute section de la symphyse couronnée de succès est inutile, le succès en est la preuve ».

Mais Giraud (1) en l'an VII s'en déclare partisan après des expériences sérieuses.

Baudelocque traite longuement la question. Après avoir condamné absolument la symphyséotomie dans les bassins très viciés, il ajoute : « Elle n'a eu de succès que lorsqu'on l'a faite sur des bassins d'au moins 3 pouces moins un quart (74 mm.) alors qu'elle était absolument inutile ». Ceci se rapproche assez de la conclusion de Lauverjat ; puis plus loin : « Elle ne peut aujourd'hui soutenir aucun parallèle avec l'opération césarienne... On pourrait au plus, dans quelques circonstances seulement, la substituer au forceps, mais ne pouvant sans de grands inconvénients donner seulement 2 lignes d'accroissement, le forceps réduit facilement d'autant la tête fœtale ». Baudelocque admet cependant avec Rœderer que la tête étant enclavée sans qu'on puisse introduire une cuillère, elle mériterait la préférence sur l'ouverture du crâne, l'usage des crochets et la section césarienne. « Elle serait encore préférable, dit-il, dans le cas où le détroit inférieur est resserré transversale-

(1) Giraud, *Mon opinion sur les opérations césarienne et de la symphyse.* Paris, an VII.

ment, s'il ne fallait que peu d'écartement pour donner au diamètre l'étendue qui lui manque. »

L'éclectisme ne commence guère réellement qu'avec J.-F. Maygrier (1) qui, en 1817, écrivait: « On s'est aperçu qu'au lieu de proscrire l'une ou l'autre de ces opérations, il était plus sage de les adopter toutes deux ».

Murat en 1821 résumait ainsi son opinion sur la symphyséotomie, à la fin d'un article du *Dictionnaire des sciences médicales* en 60 volumes : « Cette opération rendra de grands services quand elle aura des indications précises ». Velpeau (2) en fait un historique rapide et l'admet quand le forceps est insuffisant et le bassin de plus de 2 pouces 1/2 (67 mm.).

Lorsqu'en 1834, Paul Dubois écrivit sa thèse de concours l'idée de l'accouchement prématuré artificiel avait fait des progrès, aussi n'est-il pour lui question de la symphyséotomie que quand la grossesse est à terme. La grossesse étant donc à terme, les membranes intactes ou rompues depuis peu, l'enfant vivant, P. Dubois divise d'abord les bassins rétrécis en deux catégories. Dans la première rentrent les bassins de 3 pouces et demi (93 mm.) au plus, à 3 pouces au moins (81 mm.). Dans ces cas, on tentera plusieurs applications prudentes de forceps, et si on n'obtient pas de résultat, comme la viabilité du fœtus sera compromise, on fera la craniotomie. Dans la seconde catégorie, le petit diamètre ayant de 3 pouces (81 mm.) au plus, à 2 pouces et demi

(1) J.-F. Maygrier, *Nouveaux éléments de la science et de l'art des accouchements*, Paris, 1817.

(2) Velpeau, *Traité complet des accouchements*, Paris, 1835.

(67 mm.) au moins, comme le forceps serait inutile, si toutes les chances sont favorables à l'enfant, on fera la symphyséotomie. Il ressort de cette division et de cette manière de voir et d'agir, qu'il serait préférable pour le fœtus, si l'extraction ne doit pas être possible au forceps entre 3 pouces et demi (94 mm.) et 3 pouces (81), que le bassin maternel n'eût que de 3 pouces (81 mm.) à 2 pouces et demi (67 mm.). — Mais Paul Dubois devait plus tard restreindre encore les indications de la symphyséotomie, car en 1844, dans un article fait en collaboration avec Désormeaux dans le *Dictionnaire de médecine* en 40 volumes, il la rejette après l'avoir comparée à l'embryotomie et à l'accouchement prématuré artificiel.

Moreau (1) en 1841 ne la repousse pas. Jacquemier en 1846 fait une étude très complète de la question, puis il résume les indications de la symphyséotomie en divisant les cas en trois catégories :

a) Le fœtus est très petit ou s'il est bien développé, le petit diamètre est encore assez éloigné de la limite posée à l'expulsion spontanée : celle-ci se fera.

b) Le fœtus est ordinaire, et le petit diamètre mesure de 80 à 88 millimètres ; si l'expulsion tarde on a quelques chances de terminer l'accouchement avec le forceps.

c) Le fœtus est très développé, ou ordinaire avec un petit diamètre de moins de 80 millimètres ; si le forceps réussit quelquefois dans ce cas, il présente des dangers

(1) Moreau, *Traité pratique des accouchements*, Paris, 1841, t. II, p. 348.

pour la mère et l'enfant. « C'est à ces deux dernières catégories que s'applique la symphyséotomie ; après une ou deux prudentes applications de forceps, on n'attendra pas qu'elle devienne dangereuse. »

Jacquemier met réellement au point les indications de la symphyséotomie en s'occupant surtout du rapport du volume du fœtus et du degré du rétrécissement.

Mais à partir de ce moment si on s'occupe encore théoriquement de la question de la symphyséotomie, en France du moins, cette opération perd chaque année du terrain. Chailly-Honoré (1) en 1853 la rejette pour son propre compte, tout en ne l'admettant théoriquement qu'au-dessus de 67 millimètres.

Peu à peu elle fut abandonnée partout, sauf en Italie, et bien qu'en 1865, dans l'*Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchements*, M. Tarnier ait émis l'idée que la symphyséotomie et l'accouchement prématuré artificiel, loin de s'exclure, pouvaient se compléter et reculer ainsi les limites de l'opération césarienne, la dernière symphyséotomie était faite en France en 1866 par les docteurs Foucault et Daireaux, l'enfant mourut pendant l'extraction mais la mère fut sauvée (2).

En 1883 (3) M. Charpentier ne consacre que quelques lignes à la symphyséotomie et, malgré les résultats de Morisani, doute qu'on y revienne.

En Allemagne, en 1889, Zweifel (4) ne trouve plus

(1) Chailly-Honoré, *Traité pratique de l'art des accouchements*, Paris. 1853.
(2) *Bulletin de l'Acad. de méd. de Paris*, 1866, t. XXV, p. 1093.
(3) *Traité pratique des accouchements*, Paris, 1883.
(4) Zweifel, *Lehrbuch der Geburtshülfe*, Stuttgart, 1889.

dans la question de la symphyséotomie qu'un intérêt historique et déclare faux le principe sur lequel elle repose. L'auteur a dû regretter d'avoir émis cette opinion un peu risquée.

CHAPITRE IV

Les débuts en France de l'accouchement prématuré artificiel furent pénibles, car la méthode se heurtait directement aux idées morales et religieuses. A peine un timide mouvement était-il esquissé en sa faveur, que Baudelocque (1) l'arrêta en condamnant l'opération, même au point de vue purement obstétrical. Il l'appelle « une prétendue ressource à laquelle il suffit d'opposer le peu de succès obtenus..... il est toujours si peu favorable à l'enfant, qu'il n'est permis que quand des hémorrhagies abondantes ne laissent d'espoir pour la mère que dans sa délivrance. Devoir dans cette circonstance, il est un crime dans l'autre ». Puis après avoir rapporté deux observations où la méthode a échoué il conclut : « D'après ces tristes fruits de l'accouchement prématuré, quand la nature a mis quelques bornes encore à la mauvaise conformation du bassin, que pourrait-on en espérer lorsque l'entrée de cette cavité ne présente de diamètre que 10 à 14 lignes (21 à 31 mm.) et moins ? » On voit ainsi que Baudelocque juge l'accouchement prématuré artificiel comme méthode générale devant s'appliquer à tous les bassins rétrécis à un degré quelconque. Rien d'étonnant que son jugement ait été si défavorable à la nouvelle opération. Mais l'opinion de

(1) *Loc. cit.*

Baudelocque faisait loi, elle porta ses fruits. Capuron (1) va plus loin et enveloppe dans le même anathème accouchement prématuré provoqué et avortement, qu'il ne distingue pas d'ailleurs.

En 1813 et en 1816, Fodéré essaye bien de justifier et de recommander l'accouchement prématuré artificiel, mais Orfila le repousse en 1820 pour l'accepter il est vrai, dans certains cas, seize ans plus tard. Mesdames Boivin et Lachapelle en sont les adversaires déclarés, et l'Académie royale de médecine émet en 1827 une opinion défavorable à la méthode.

L'Ecole de Strasbourg, subissant plus facilement l'influence allemande, devait être la véritable porte d'entrée en France de l'accouchement prématuré provoqué. En 1829 et 1830 au cours de discussions sur l'accouchement prématuré artificiel, deux hommes à Strasbourg s'en déclarèrent nettement partisans dans certains cas : ce sont, le professeur Fodéré et Stolz. Les idées de Stolz furent reproduites dans la thèse d'un de ses élèves Burckhardt en 1830.

A partir de ce moment l'opinion n'est plus faite d'avance, on accepte la discussion et en 1834 P. Dubois écrit sa thèse de concours sur ce sujet. « Dans les différents cas d'étroitesse du bassin, que convient-il de faire ? »

Dans la deuxième partie de son travail, il pose le problème de cette façon : « La grossesse est vers la fin du sixième mois le fœtus vivant, le plus petit diamètre du

(1) Capuron, *Cours théorique et pratique d'acc.* Paris, 1811.

détroit supérieur mesure de 2 pouces 1/2 (67 mm.) à 3 pouces 1/2 (94 mm.) ».

Si la femme est primipare, il est d'avis de laisser aller la grossesse à terme et de régler sa conduite ultérieure sur ce premier accouchement.

Mais chez une multipare, si les accouchements antérieurs ont été laborieux, n'ont amené qu'un fœtus mort et mis la mère en danger, le petit diamètre mesurant au moins 2 pouces 9 lignes (72 mm.), alors il faudra recourir à l'accouchement prématuré provoqué.

Voilà donc des indications précises, mais P. Dubois veut justifier son opinion. Il cite les deux cas d'accouchement prématuré spontané de Smellie, le cas de Fodéré, le cas de Merriman et conclut : « Les cas cités suffisent bien pour démontrer une vérité que la raison seule devait faire pressentir ; c'est que l'accouchement avant terme est favorable aux femmes dont le bassin déformé ne peut être traversé par un fœtus parvenu au terme de son développement qu'après de très grandes difficultés et qu'après que celui-ci a succombé à la longueur du travail ou aux opérations qui ont été jugées indispensables pour l'extraire. La différence qui existe entre le volume de la tête fœtale dans ces deux circonstances suffit-elle pour expliquer la différence des résultats ? » Paul Dubois étudie alors dans un tableau les diamètres de la tête fœtale dans les derniers mois de la grossesse. Le diamètre bipariétal, le plus important, est en moyenne

à	9	mois	3	pouces	6 ou 7	lignes	(93 à 95 mm.)
à	8	—	3	—	1 ou 2	—	(83 à 85 mm.)
à	7	—	2	—	6 ou 7	—	(66 à 68 mm.)

Et il ajoute ne laissant rien inaperçu de ce qui touche à la question : « Remarquez que je ne parle ici que du volume, il serait nécessaire de tenir compte aussi de la différence sous le rapport de la réductibilité ». Sa conclusion est que les différences des diamètres de la tête fœtale entre sept, huit et neuf mois sont suffisantes pour expliquer la possibilité de son passage à travers le bassin rétréci au 7e ou au 8e mois, et l'impossibilité quand le développement est achevé.

P. Dubois appuie encore sur la statistique ses conclusions théoriquement vraies. Sur 127 cas qu'il connaît, 6 femmes sont mortes, « les résultats pour la mère diffèrent à peine de ceux qui suivent tout accouchement long et pénible ». Pour les enfants le but est obtenu à peu près dans les deux tiers des cas. Ce résultat est sans doute moins favorable pour les fœtus que pour les mères ; mais empruntant à Dezeimeris la conclusion d'un article sur l'accouchement prématuré artificiel, P. Dubois (1) ajoute : « y a-t-il une autre opération indiquée par un tel degré de rétrécissement qui aurait offert un aussi beau résultat ? »

Le courant était formé en faveur de l'accouchement prématuré provoqué, mais les résistances initiales avaient été telles qu'il fut d'abord très lent. De 1832 à 1835 les répugnances commencent à disparaître sous l'influence des publications de Dezeimeris (2), P. Dubois, Velpeau. La provocation de l'accouchement est successivement

(1) Dezeimeris, *Dict. de médecine*, 2e édit., 1832, t. I. — Art. acc. prémat. art.
(2) *Loc. cit.*

tentée avec succès par Villeneuve de Marseille (1836), Nichet de Lyon, Paul Dubois (1840).

En 1844 Lacour écrit sa thèse sur l'accouchement prématuré provoqué, et l'opinion était encore si peu faite sur ce sujet que l'auteur consacre un chapitre assez long à établir la moralité de cette opération.

Enfin en 1846, douze ans après la thèse de concours de P. Dubois on ne comptait encore en France que neuf cas dont cinq de Stolz.

Jacquemier met autant qu'il était possible la question au point : « La provocation de l'accouchement ne doit être tentée, dit-il, que dans les cas où on est autorisé à croire qu'elle atteindra pleinement son but, et se trouve par conséquent circonscrite dans certaines limites ». Ces limites sont pour Jacquemier comprises entre 3 pouces 1/3 (90 mm.) et 3 pouces moins 1/4 (74 mm.). « Au-dessous et jusqu'à 2 pouces 1/2 (67 mm.) les chances de viabilité du fœtus sont très diminuées et ici se trouve la limite extrême, non admise par tous les accoucheurs et qu'on ne peut point dépasser sans dénaturer le but de l'opération ». Quant à l'époque à laquelle on doit provoquer l'accouchement, Jacquemier voit combien il est difficile de la déterminer.

Il reproduit le tableau de Ritgen :

Le petit diamètre ayant	on provoquera l'accouchement
2 pouces 7 lignes (68 mm.)	à la 29e semaine.
2 — 8 — (71 mm.)	à la 30e —
2 — 9 — (73 mm.)	à la 31e —
2 — 10 — (76 mm.)	à la 35e —
2 — 11 — (78 mm.)	à la 36e —
3 — (81 mm.)	à la 37e —

« Mais on ne peut mesurer exactement le bassin ni fixer exactement l'époque de la grossesse, d'ailleurs les variations de volume de la tête fœtale diminuent l'importance de la connaissance exacte de ces notions ».

En prévision de cette erreur sur la date de la grossesse « à peu près la seule objection qui soit restée contre l'accouchement prématuré artificiel » dans le but de ne pas provoquer des accouchements trop près du terme et alors sans bénéfice, ou au contraire des accouchements « par trop prématurés » comme on devait le dire plus tard, Jacquemier se rallie à l'opinion de P. Dubois et conseille « que les déterminations soient fondées sur des calculs tels que l'accouchement ne soit provoqué qu'à une époque que nous jugeons intermédiaire entre le septième mois et demi et le huitième mois, c'est-à-dire vers la trente-cinquième semaine ». Pour lui, les difficultés dues à l'état du col chez les primipares ne sont pas une contre-indication, non plus que les présentations autres que celles de la tête.

L'accouchement prématuré artificiel comptait dès lors parmi les opérations obstétricales les plus employées en France.

CHAPITRE V

Il est intéressant de voir quelle avait été dans les différents pays la marche des méthodes employées pour la provocation du travail. Parmi les ouvrages les plus remarquables parus à cette époque sur la question de l'accouchement prématuré artificiel, il faut citer la thèse de Krause (1) en 1855. C'est à ce travail que nous empruntons en grande partie ce qui suit.

En Angleterre, on rompait d'abord les membranes à travers le col sans dilatation préalable. Puis Hopkins préconisa la ponction au-dessus du col pour conserver une partie du liquide ; Hamilton décolle ensuite les membranes avec le doigt pour conserver tout le liquide. Ramsbotham attend pour faire la ponction que le col soit dilaté, et Simpson le dilate à l'aide de l'éponge préparée. Plus tard on employa la douche utérine.

L'école allemande qui ne connut l'accouchement prématuré provoqué que par la publication d'Antoine Mai (1799) divulguant les idées de Denman, s'occupa beaucoup de perfectionner les méthodes de provocation du travail. Après l'emploi de l'éponge préparée, on passa au dilatateur à trois branches de Busch ; puis avec Hüter et Busch on dilata le col à l'aide d'une vessie dans laquelle on injectait du liquide. On décolla les membranes

(1) Krause (A.), Die künstliche Frühgeburt. *Monogr. dargestellt.* Breslau, 1855.

au moyen du cathéter. Kiwisch de Würtzbourg en 1846 recommanda les douches utérines qu'il donnait à l'aide d'un appareil de huit pieds de haut et qui occasionnèrent des accidents. Cohen de Hambourg préféra l'injection d'eau goudronnée portée au moyen d'un cathéter intercalé entre l'utérus et les membranes. Sanzoni excitait la glande mammaire avec un appareil à succion ; ce moyen fut vite abandonné.

En Hollande, Cornelius Hoffmann, avant de connaître les faits anglais, avait, dès 1774, exprimé l'idée « qu'une main habile pourrait bien provoquer l'accouchement au septième mois pour conserver la mère et l'enfant dans un cas de bassin rétréci ». Dès que Mai eut fait la première opération sur le continent, on suivit son exemple en Hollande, et depuis les Hollandais ont montré autant de zèle que d'intelligence dans cette opération. Le manuel opératoire fut d'abord le même qu'en Allemagne (ponction, éponge préparée, douche utérine). Lehmann, professeur à Amsterdam, a perfectionné la méthode de Hamilton; ainsi modifiée elle consistait à introduire aussi loin que possible (6 à 8 pouces, soit 16 à 23 cm.), entre les membranes et l'utérus, une bougie longue qu'on retirait de suite ; un travail rapide se déclarait, et, au cas d'arrêt dans les contractions, on introduisait de nouveau la bougie. En même temps on donnait du seigle ergoté et de l'aloès.

La Belgique, au point de vue de l'accouchement prématuré artificiel, subit les idées françaises.

En Russie, en 1855, Krause put recueillir treize observations seulement d'accouchement prématuré pro-

voqué, et qui appartenaient à Tœrngren, Walter, Jaesche et Kowaleswki.

L'accouchement prématuré artificiel pénétra d'abord dans le nord de l'Italie qui subissait plus volontiers l'influence des Écoles anglaise, allemande et française.

Il fut pratiqué par Bongiovani, professeur à l'Université de Pavie, puis par Lovati, Bili et Aliprandi.

Les cas de Lovati, au nombre de six, sur lesquels on n'avait enregistré qu'un seul décès fœtal, furent publiés par Ferrario de 1826 à 1828 dans les *Annali universali di medicina dell Annibali Omodei*.

Bongiovani provoquait d'abord l'accouchement par la perforation des membranes, puis il se servit de l'éponge préparée. Après quelques essais il abandonna le seigle ergoté.

Ce fut beaucoup plus tard que Saveti, de Rome, provoqua l'accouchement au septième mois, chez des femmes rachitiques. Enfin en 1852, Oliveti et Luigi écrivirent sur l'accouchement prématuré artificiel, dans la *Gazette médicale italienne de l'État de Sardaigne*, nos 6, 8, 9, 10.

En Amérique, l'indication de provoquer l'accouchement était très rare, car les bassins rétrécis ne se voyaient guère que chez les immigrées. On provoquait le travail par la perforation des membranes.

CHAPITRE VI

L'accouchement prématuré artificiel qui était d'abord « entré dans les idées et les livres était aussi passé dans les habitudes ». On s'était efforcé de perfectionner les méthodes de provocation du travail, les indications avaient été précisées, les rétrécissements du bassin mesurés aussi exactement que possible, les résultats s'améliorèrent. Mais il manquait encore à la méthode, l'antisepsie ; en effet, par les cathéters, les douches utérines, l'éponge préparée etc... les germes infectieux étaient portés directement dans l'utérus. Or c'était la belle époque de la fièvre puerpérale, et ses victimes désignées se trouvaient naturellement les femmes chez lesquelles on provoquait l'accouchement. Une statistique intéressante à consulter à cet égard est celle de Stanesco (1). En 1869, au moment où allait s'ouvrir la période antiseptique, Stanesco a réuni 46 cas d'accouchements prématurés provoqués. Sur ces 46 cas, 11 femmes et 23 enfants sont morts, ce qui donne une mortalité fœtale de 50 p. 100, et une mortalité maternelle de 25 p. 100.

Il est vrai que les résultats variaient beaucoup avec les maternités.

Mais quand l'antisepsie régna partout, et surtout en obstétrique, à la suite des travaux de M. le professeur

(1) Stanesco, *Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin*. Paris, 1869.

Tarnier, alors que des instruments propres furent mis au contact de l'orifice utérin, et, grâce à la perfection des méthodes, pour un temps très court, la mortalité maternelle fut considérablement réduite.

Mais l'accouchement prématuré artificiel ne fut pas seul à tirer profit de l'antisepsie. Toute la chirurgie prit, du coup, un nouvel essor ; la péritonite ne fut plus la conséquence presque fatale des interventions abdominales, et l'opération césarienne sortit de l'oubli dans lequel on l'avait laissée, et fut tentée de nouveau dans des limites assez étendues.

En lisant le livre de Corradi (1), on voit que cet auteur a recueilli 158 observations d'opération césarienne qu'il range en quatre catégories : dans la première, rentrent 42 cas avec succès pour la mère et l'enfant, de 1789 à 1875, avec 8 cas depuis 1870. Dans la deuxième, 10 cas avec succès pour la mère seulement, l'enfant était mort avant l'extraction (premorto il feto), un cas depuis 1870. Dans la troisième, 92 cas suivis de la mort de la mère, enfant sauvé, de 1780 à 1875, 14 cas depuis 1870. Enfin dans la quatrième catégorie rentrent 14 cas suivis de la mort de la mère et de l'enfant, 2 depuis 1870. De sorte que sur un total de 158 cas d'opération césarienne recueillis sur cette longue période, 25 cas, soit 1/6, ne datent que des cinq dernières années.

Mais ce fut surtout l'opération césarienne modifiée par Porro (amputation utéro-ovarique) qu'on entreprit volontiers. Le 9 mars 1880, M. Lucas-Championnière communiquait à l'Académie de médecine les

(1) Corradi, *Dell'ostetricia in Italia*, Bologna, 1871-1877.

observations de 4 opérations de Porro, avec 2 succès pour la mère et 4 enfants sauvés.

Le mouvement en faveur de l'opération césarienne était général. Dans les n[os] des 15 avril et 15 juillet 1880 de *The american journal of the médical sciences*, le D[r] R. P. Harris publiait l'histoire succincte de 50 opérations de Porro. De ces 50 opérations faites par 30 chirurgiens différents, 21 furent suivies de la guérison de la femme, soit 42 p. 100 de succès et 43 enfants furent sauvés soit 86 p. 100.

Le 17 janvier 1885 paraissait dans le *British med. journ.* une statistique de Clément Godson portant sur 152 opérations de Porro ; ce chiffre était atteint par l'addition de 15 nouveaux cas à 137 déjà publiés l'année précédente dans le même journal. Pour 66 femmes guéries 86 moururent, soit une mortalité de 57, 57 p. 100.

C'est en Allemagne surtout qu'on s'efforçait d'améliorer les résultats de l'opération césarienne en apportant des modifications au manuel opératoire. Trois hommes surtout y travaillèrent ; Franck, Kehrer et Sænger. 17 cas allemands par ces procédés sont relatés dans les *Archives de tocologie*, 1886. Sur ces 17 cas, 2 appartiennent à Franck, une de ses opérées mourut de shok ; 4 à Kehrer, la 1[re] opérée et la 4[e] furent guéries, la 2[e] mourut de péritonite, la 3[e] de septicémie. Léopold opéra 5 fois et eut 2 morts ; Sænger 4 fois, avec 4 succès ; Benner une fois, sa malade mourut de pyélo-néphrite antérieure à l'opération. Un cas d'Oberg fut suivi de guérison.

Soit au total 13 succès sur 17 ou 76 6/17 p. 100 de guérisons et 100 p. 100 des enfants sauvés.

Cette statistique était encourageante ; et l'opération césarienne commençait bientôt à empiéter sur le domaine des autres opérations obstétricales.

Aussi lisons-nous dans le rapport de M. le Dr Doléris (1), sur le congrès international tenu à Washington au mois de septembre 1887 : « J'ai pu relever dans les statistiques des cas où l'opération de Sænger a été pratiquée pour des bassins rétrécis à 6 cm. 1/2 et même 7 centimètres de diamètre conjugué, on aurait même voulu fixer la limite à 7 cm. 1/2 et en faire la règle opératoire ». Puis plus loin cette phrase qui indique assez le courant général des idées à cette époque : « Les conclusions que j'ai émises, contraires à celles de la plupart des auteurs, sont les suivantes : L'opération césarienne est une opération de nécessité. Le sentimentalisme n'a rien à voir avec les faits et les chiffres ; ceux-ci montrent que les meilleures statistiques donnent une mortalité de 1/8 soit 12 p. 100, et les pires une mortalité de 6/7. La mortalité de la craniotomie n'approche pas et n'approchera jamais de pareils chiffres ; donc tant qu'elle sera praticable sans danger pour la mère, il faut la préférer ».

Telle était l'opinion de la majorité des accoucheurs français. Mais en Allemagne on continuait à faire des opérations césariennes par le procédé de Sænger. En 1888 Léopold (2) en publie 23 cas avec 2 morts maternelles soit 8,6 p. 100, et 20 enfants sauvés soit 87 p. 100.

(1) *Arch. de Tocol.*, 1887, p. 1066.
(2) *Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt, Wendung und Perforation bei engem Becken*, Stuttgart, 1888.

Mais l'accouchement prématuré artificiel n'était pas abandonné pour autant. Caruso en 1888, après une statistique de 135 cas d'opération césarienne, comprenant un certain nombre de cas déjà relatés, arrivait à cette conclusion qu'il était rationnel que l'opération césarienne remplaçât dans les bassins de 5 cm. 5 à 7 centimètres la craniotomie dont la mortalité maternelle était de 6,9 p. 100 d'après Wyder, et de 2,7 p. 100 seulement d'après Korn. Mais que l'accouchement prématuré donnant pour les femmes une mortalité presque nulle et 61 p. 100 d'enfants survivants était une excellente opération, qui, moins dangereuse pour la mère et presque aussi avantageuse pour l'enfant, devait, dans la majorité des cas, être préférée à l'opération césarienne.

CHAPITRE VII

En même temps qu'une antisepsie rigoureuse, supprimant toute cause d'infection pour la mère, réduisait la mortalité maternelle des accouchements provoqués à celle des accouchements spontanés, les soins donnés aux enfants nés avant terme recevaient des améliorations de la plus haute importance.

On avait remarqué depuis longtemps l'hypothermie des prématurés et on avait eu recours à beaucoup d'expédients pour élever leur température. Mais l'enveloppement ouaté, les bains chauds continus recommandés par Winckel de Munich, les frictions étaient des moyens insuffisants. Le séjour dans une étuve présentait de sérieux inconvénients. Crédé de Leipsig avait imaginé un berceau incubateur qui n'était autre chose qu'une baignoire à double paroi. La couveuse employée d'abord dans les maternités, fut identique à la couveuse pour les œufs, puis elle se compliqua et devint un véritable instrument de laboratoire d'un maniement difficile. M. Tarnier la simplifia et c'est sous cette nouvelle forme qu'elle est décrite par M. Auvard (1). On en a construit depuis différents modèles.

L'action de la couveuse sur les prématurés a été étudiée avec soin dans la thèse de M. le Dr Berthod (2) Il a remarqué que l'enfant dormait à peu près

(1) Auvard, *De la couveuse pour enfants*, Paris, 1883.
(2) Berthod, *La couveuse et le gavage à la Maternité de Paris*. Thèse de Paris, 1887.

tout le temps qu'il passait dans la couveuse, que le pouls s'y maintenait à 120, la respiration ample et régulière à 40 par minute. Puis comme effet direct de la couveuse (1). « Un fait clinique admis anciennement, dit l'auteur, c'était l'apparition presque constante du sclérème chez les enfants nés avant terme. Or nous n'avons jamais observé, ni trouvé relaté dans les observations antérieures à nous, et que nous avons eues sous les yeux, le développement du sclérème chez un prématuré mis dans la couveuse. Le sclérœdème souvent secondaire au sclérème vrai, dont les plaques agissent en comprimant les vaisseaux et en gênant la circulation locale est aussi, et par le même processus, heureusement influencé par la couveuse ».

En même temps que la couveuse protégeait le prématuré contre les influences extérieures, le gavage venait au secours de son tube digestif. L'enfant né avant terme était souvent trop faible pour prendre le sein, il était vite épuisé par les efforts de succion et même par les mouvements de déglutition, la fatigue survenant interrompait la tétée et l'enfant n'avait pris qu'une nourriture insuffisante.

Le gavage supprimait cette fatigue, et par le moyen d'un « tube de Faucher en miniature » (2) portant dans l'estomac, à des heures fixes, une quantité bien réglée de nourriture, améliora dans des proportions considérables la nutrition de l'enfant. L'estomac ne fut plus

(1) Berthod, *loc. cit.*, p. 49.
(2) Berthod, *loc. cit.*

fatigué par des introductions laborieuses et souvent répétées de quantités insuffisantes de lait, les digestions se firent plus complètes.

Le lait employé fut du lait de femme ou, à son défaut, du lait d'ânesse ou de jument auquel des coupages rationnels, déterminés par des études physiologiques sérieuses, donnèrent une qualité nutritive en rapport avec l'âge de l'enfant.

L'emploi simultané de la couveuse et du gavage chez les enfants nés avant terme ne fit pas attendre ses résultats, et on put lire cette phrase, dans le *Traité d'accouchements* de MM. Tarnier et Budin, 1886, p. 523 : « Grâce à l'emploi de la couveuse et du gavage, l'époque de la viabilité au point de vue clinique arrive à se confondre avec l'époque de la viabilité légale (six mois) ».

L'accouchement prématuré provoqué, qui jusque-là avait comme extrême limite inférieure les rétrécissements de 6 cm. 1/2, put s'étendre comme moyen thérapeutique à des bassins plus rétrécis. En effet, la tête d'un fœtus de six mois n'a en moyenne que 6 centimètres de diamètre bipariétal, et comme à cet âge elle est très malléable et facilement réductible à 5 cm. 1/2, les bassins de 5 cm. 1/2 de diamètre promonto-pubien furent justiciables de cette méthode.

Mais à côté de cette extension des limites de l'accouchement prématuré artificiel, il faut remarquer surtout la grande amélioration des résultats pour la mère et pour l'enfant dans les rétrécissements moyens. La mortalité maternelle et la mortalité fœtale dans l'accouche-

ment prématuré provoqué étaient en relation directe avec la fréquence des interventions nécessaires pour extraire le fœtus. Quand l'accouchement était provoqué un peu tard, soit par suite d'une erreur plus ou moins légère dans l'évaluation du rétrécissement, soit qu'on eût affaire à un fœtus plus gros que la moyenne, l'accouchement traînait en longueur, on avait alors recours au forceps, à la version et, trop souvent, au céphalotribe. Comme conséquence, l'enfant était sacrifié de suite ou mourait fréquemment au bout de quelques jours, et, avant l'antisepsie, la mère avait couru de grandes chances d'infection.

Il est intéressant de consulter à ce sujet l'ouvrage de M. La Torre (1). On y voit une statistique portant sur 75 cas de provocation de l'accouchement, recueillis de janvier 1867 à juin 1886. L'auteur les divise en deux séries correspondant, l'une à la période préantiseptique et comprenant 49 cas, l'autre à la période antiseptique avec 26 cas.

Avant l'antisepsie la mortalité fœtale est de 42,85 p. 100, la mortalité maternelle de 26,53 p. 100. En étudiant cette statistique on remarque que la mère n'est morte que quand il y a eu intervention manuelle, ou avec le forceps mais surtout avec le céphalotribe. Les cas de mort de l'enfant correspondent également, pour la très grande majorité, aux cas où l'intervention eut lieu.

Dans la même statistique, sur les 26 cas de la période

(1) La Torre, *Du développement du fœtus chez les femmes à bassin vicié*, Paris, 1887.

antiseptique, si la mortalité maternelle est réduite à zéro, la mortalité fœtale reste à 34,61 p. 100.

On avait été frappé des bons résultats obtenus par l'emploi de la couveuse et du gavage chez les enfants nés avant terme. On hésita moins à enlever aux fœtus le bénéfice de quelques semaines de vie intra-utérine pour leur permettre un passage plus facile à travers le bassin vicié. Les interventions devinrent plus rares, du moins dans les bassins à rétrécissement moyen, et partant la mortalité fœtale fut abaissée.

Elle se maintint abaissée d'une façon générale bien qu'on eût reculé les limites de l'accouchement prématuré artificiel ; quant à la mortalité maternelle elle était purement accidentelle.

En 1888, Léopold publiait une statistique portant sur 45 cas d'accouchement prématuré provoqué ; les enfants survivants étaient au nombre de 30, soit une mortalité de 33,3 p. 100. Une mère avait succombé, ce qui donne comme chiffre de la mortalité maternelle 2,2 p. 100.

Dans la statistique d'Ahlfeld, datant de 1890, la mortalité fœtale s'est un peu élevée. Sur 111 cas une femme est morte, soit une mortalité maternelle de 0,9 p. 100. 66 enfants ont vécu dans la suite, ce qui donne une mortalité fœtale de 39,6 p. 100.

Une vue d'ensemble des résultats de la pratique de l'accouchement prématuré provoqué en Allemagne nous est donnée dans le compte rendu du Congrès international des sciences médicales tenu à Berlin du 4 au 9 août 1890. Voici ce que nous y lisons, section d'obstétrique et de gynécologie (1) :

(1) *Semaine médicale*, 1890, p. 319.

M. Dorhn (de Kœnigsberg). « J'ai, pour ma part, pratiqué l'accouchement prématuré artificiel chez 76 femmes. En réunissant ces cas à ceux des autres accoucheurs allemands, j'obtiens un total de 318 accouchements prématurés artificiels, avec une mortalité des mères de 5 p. 100 et une proportion de 60 p. 100 d'enfants conservés vivants. Ces résultats peuvent certainement être encore améliorés par une antisepsie rigoureuse, et la détermination exacte des dimensions du bassin et du fœtus ; mais ils sont d'ores et déjà supérieurs à ceux de la craniotomie et de l'opération césarienne. En effet la première sacrifie l'enfant et donne en outre une mortalité plus élevée, 5, 6 p. 100 dans les cliniques de Berlin, de Halle et de Leipsig.

Quant à la seconde, il est vrai qu'elle conserve la vie à 87 p. 100 des enfants, mais la différence entre ce chiffre et celui de 60 p. 100 pour l'accouchement prématuré artificiel, n'est pas assez considérable pour compenser la plus grande mortalité de l'opération césarienne qui est d'environ 8 p. 100 (Léopold) ».

L'accouchement prématuré artificiel tenait donc en Allemagne la première place parmi les opérations obstétricales devant obvier aux viciations pelviennes.

En France, ses succès étaient encore plus remarquables. En février 1891 parut (1) une statistique de M. le professeur Pinard, portant sur 100 cas d'accouchement prématuré artificiel.

De ces 100 femmes, une est morte de septicémie, mais

(1) Pinard, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1891, p. 102.

elle avait été touchée par sept personnes différentes et avait subi la délivrance artificielle.

Des 100 enfants, 17 étaient morts-nés et 16 mouraient dans la suite, ce qui donne une mortalité brute pour les enfants de 33 p. 100.

Mais en examinant de plus près cette statistique, on remarque que 9 fois il y eut basiotripsie, et 8 fois application de forceps ; l'accouchement prématuré artificiel ne pouvait être incriminé ; au contraire, il avait facilité ces interventions, en les permettant sur des fœtus de moindre volume. Seule l'opération césarienne, avec ses risques pour la mère, pouvait donner de meilleurs résultats au point de vue du fœtus.

Parmi les enfants n'ayant pas survécu, on voit que quatre fois il y eut présentation du siège, depuis longtemps cette présentation était considérée avec raison comme funeste à l'enfant. 3 enfants pesaient moins de 1500 grammes et n'avaient par conséquent, malgré la couveuse et le gavage, que très peu de chances de survie. Une fois, le travail se prolongea pendant cinquante et une heures et demie, une autre fois il y eut procidence du cordon, et enfin un des nouveau-nés mourut d'érysipèle.

Cette statistique, avec une mortalité fœtale déjà satisfaisante, pouvait donc être considérée comme une série malheureuse, et cette mortalité n'était pas regardée comme définitive.

Depuis quelque temps déjà, M. le professeur Pinard enseignait un procédé de palper fort ingénieux qui permet de se rendre compte des dimensions relatives de la

tête fœtale et des diamètres du bassin. Voici comment il s'exprimait à ce sujet dans une leçon recueillie et rédigée par M. le Dr Potocky, chef de clinique, et publiée dans la *Médecine moderne* du 9 avril 1891 (1) : « Le palper mensurateur consiste à ramener la tête au-dessus de l'aire du détroit supérieur, quand elle ne s'y trouve pas spontanément, puis à la fixer à ce niveau en la prenant de haut en bas à travers la paroi abdominale, en même temps qu'on la redresse, c'est-à-dire qu'on cherche à la faire se présenter d'aplomb. Il suffit alors de constater si la tête appuyée contre le promontoire déborde ou non la symphyse. Par ce moyen, vous avez du premier coup et en même temps, les rapports qui existent entre le volume de la tête du fœtus et les dimensions antéro-postérieures du bassin. Vous pouvez même dans quelques cas, lorsque la paroi abdominale n'est ni trop épaisse, ni trop tendue, apprécier la résistance des os du crâne et la réductibilité plus ou moins grande qu'offre la tête ».

C'était là un progrès considérable, car le palper mensurateur facilitait la solution d'une des parties les plus difficiles du problème de l'accouchement prématuré artificiel : à quelle époque doit-on provoquer le travail ? Aussi l'accouchement prématuré artificiel régnait-il sans partage dans les bassins rétrécis jusqu'à 6 cm. 1/2, et était-il admis par beaucoup d'accoucheurs jusqu'à 5 cm. 1/2.

Mais l'accouchement prématuré provoqué n'était pos-

(1) Voir, pour plus de détails, PINARD, *Traité du palper abdominal*, 2e édit., p. 202 à 222, Paris, 1889.

sible qu'au cours de la grossesse quand la femme se présentait assez tôt à l'accoucheur ; quand elle arrivait en travail, que les contractions utérines étaient impuissantes à engager à travers le détroit supérieur rétréci la tête fœtale trop volumineuse, l'opération césarienne présentait encore, quant à la vie de la mère, des aléas qui faisaient reculer beaucoup d'opérateurs. On lui préférait généralement la basiotripsie même sur l'enfant vivant. Mais cette douloureuse alternative de broyer le crâne à un enfant vivant ou d'exposer la mère aux dangers encore trop grands de l'opération césarienne, était, selon le mot de M. Pinard, un véritable cauchemar pour les accoucheurs ; la symphyséotomie parut un moyen d'y échapper ; elle rentra en France sous l'influence de l'École italienne, comme l'accouchement prématuré artificiel y était entré définitivement sous l'influence de l'École allemande.

CHAPITRE VIII

La symphyséotomie n'avait jamais été abandonnée en Italie. Corradi (1) a pu en réunir 24 cas italiens dans la période comprise entre 1807 et 1858. Ces cas sont peu nombreux pour un laps de temps aussi long ; mais à partir de 1866 les opérations se multiplient en même temps que les résultats s'améliorent.

Sur les 24 cas de Corradi on comptait 8 morts maternelles soit une mortalité de 30 p. 100, et une mortalité fœtale à peu près égale, car si 9 fœtus succombèrent, il faut remarquer que, parmi eux, se trouvaient deux jumeaux.

La statistique de Morisani présentée au Congrès de Rome de 1886 porte sur 50 cas réunis de 1866 à 1880. On y compte 10 morts maternelles soit 20 p. 100 et 9 morts fœtales soit 18 p. 100.

Dans une seconde statistique de Morisani les résultats sont moins favorables ; sur 18 cas il y eut 8 fois mort de la mère, ce qui élève à 44 p. 100 la mortalité maternelle et 5 fois mort de l'enfant, soit 27,77 p. 100 de mortalité fœtale.

En 1888 Caruso dans un travail intitulé : *Contributo alla pratica della sinfisiotomia,* réunit 20 observations de symphyséotomie. Le chiffre de la mortalité pour la mère et l'enfant s'y abaisse sensiblement, et l'auteur

(1) *Loc. cit.*

après avoir donné comme limites à l'opération les rétrécissements de 67 à 81 mm. conclut « que la mort survenant à la suite de cette opération doit être attribuée au chirurgien, et non à l'opération ».

Ce fut sous l'influence de Spinelli, élève de Morisani, que M. Pinard accueillit la symphyséotomie le 7 décembre 1891 (1). Nous lisons dans la publication de M. Varnier que le mouvement en faveur de la symphyséotomie gagne l'Allemagne le 29 avril 1892, l'Autriche le 4 août, la Russie le 4 septembre, l'Amérique le 30 septembre et enfin l'Angleterre le 22 novembre de la même année. L'Angleterre « berceau de l'accouchement prématuré artificiel » avait été la dernière à vaincre ses répugnances pour la symphyséotomie (2). La symphyséotomie qui jusque-là était cantonnée en Italie, et spécialement à l'Ecole de Naples venait, après son acceptation par l'Ecole française et en particulier par M. Pinard, de se répandre dans le monde.

(1) VARNIER, *Bilan de la symphyséotomie renaissante au* 31 *mars* 1893.
(2) Statistique de GOTCHAUX.

CHAPITRE IX

La symphyséotomie avait déjà profité de la longue pratique de Morisani, elle fut particulièrement étudiée en France par MM. Farabeuf, Pinard et Varnier. Ils vérifièrent les expériences déjà faites et s'assurèrent que : l'agrandissement des diamètres du bassin est proportionnel à l'écart interpubien ;

Dans les bassins rachitiques à diamètre promonto-pubien plus grand que 6 centimètres, l'agrandissement est plus grand que dans les bassins normaux ;

L'écartement peut égaler 6 centimètres sans lésion des articulations sacro-iliaques.

Comme il ressort de la première leçon de M. Pinard sur la symphyséotomie, elle devait, dans son esprit, supprimer la basiotripsie sur l'enfant vivant : « Serons-nous longtemps encore condamnés à ce supplice qu'il faut avoir enduré pour savoir ce qu'il est, de tuer des enfants bien portants ou de faire courir à la mère les dangers encore redoutables de l'opération césarienne. J'espère que non, je crois que cette fatalité peut disparaître grâce à la symphyséotomie qui, si je ne me trompe, deviendra le complément de l'accouchement prématuré dans bien des cas et se substituera à l'embryotomie et à l'opération césarienne dans bien d'autres, en ne laissant à celles-ci qu'un champ très restreint où elles régneront sans partage ».

La symphyséotomie ne menaçait donc que la basiotripsie sur l'enfant vivant et l'opération césarienne. Il en était de même dans l'esprit de Morisani. Voici en effet ce qu'on lit dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1892. Après avoir fixé les limites de la symphyséotomie aux rétrécissements de 70 mm. ou 67 mm. à 88 mm. l'auteur ajoute : « On ne peut plus aujourd'hui accepter certains parallèles entre la symphyséotomie et quelques autres opérations obstétricales. En effet on ne peut pas comparer la section de la symphyse avec l'accouchement prématuré ; à vrai dire, l'accoucheur qui en présence d'une femme dans le septième ou le huitième mois de sa grossesse, et avec un rétrécissement du bassin, lui conseillerait d'attendre la fin de sa grossesse pour lui ouvrir la symphyse ferait de la mauvaise chirurgie. L'accouchement prématuré est en pareil cas préférable, si nous voulons écouter les suggestions de la science et de la conscience ».

Puis Morisani montre la grande supériorité de la symphyséotomie sur la basiotripsie quand l'enfant est vivant. Le professeur italien a en effet pratiqué 12 fois la symphyséotomie dans ces dernières années : les 12 femmes ont été guéries et les 12 enfants sont venus au monde vivants ; un seul est mort 12 heures après l'opération, mais il avait été extrait à l'aide de la version et 24 heures après la rupture des membranes ; cette mort n'est donc pas imputable à la symphyséotomie. Morisani résume sa pensée dans la phrase de Jacolucci : « La statistique de la symphyséotomie comprend les résultats de l'opération et ceux des fautes des opérateurs ».

Spinelli avait, dans le numéro de janvier des *Annales de gynécologie*, publié une statistique portant sur 24 cas de symphyséotomie ; cette statistique comprend les 12 cas de Morisani cités plus haut. Les résultats ont été favorables 24 fois pour la mère, le seul enfant qui soit mort rentre dans les 12 cas de Morisani.

Devant de pareils résultats, l'École française n'était pas restée indifférente. M. le professeur Pinard avait fait, le 7 décembre 1891, sa première leçon sur la symphyséotomie et n'en était pas resté là.

Un an après, le 7 décembre 1892, M. Pinard (1) faisait une seconde leçon sur la symphyséotomie et apportait des faits. 13 symphyséotomies avaient été faites à la clinique Baudelocque, pendant l'année, dont huit par M. Pinard.

Les 13 femmes se portaient très bien ainsi que 10 enfants ; 3 nouveau-nés avaient succombé. Le premier à la suite d'une fracture du pariétal, l'écartement interpubien avait été insuffisant ; le second mourut de faiblesse congénitale, l'accouchement prématuré avait été combiné avec la symphyséotomie ; le troisième avait succombé, comme le premier, à la suite d'une fracture portant cette fois sur le frontal, une application de forceps avait été irrégulière.

M. Pinard dans la même leçon examine ce qui s'est fait à l'étranger dans cette année 1892, et conclut : « je ne crois pas être éloigné de la vérité en disant que cinquante symphyséotomies au moins ont été pratiquées en 1892,

(1) *Annales de gyn. et d'obst.*, janvier 1893.

année qui pourra, je crois, être appelée année de la renaissance de la symphyséotomie ».

Dès cette époque cette opération avait conquis une place importante en obstétrique. M. Pinard, sur la fin de sa leçon, examine les rapports de la symphyséotomie avec les autres opérations obstétricales :

« Quels sont et quels seront les rapports de la symphyséotomie avec les autres opérations obstétricales ?

Elle en aura de bons avec les unes, de fort mauvais avec les autres. Parmi ces dernières, je cite tout d'abord l'embryotomie pratiquée sur le fœtus vivant. Celle-là a vécu, nous sommes à jamais débarrassés de ce cauchemar.

L'opération césarienne, suivie ou non de l'amputation utéro-ovarique, deviendra de plus en plus rare... Pour les rétrécissements du bassin, l'opération césarienne ne doit plus reconnaître comme indication, qu'une indication absolue.

Si les rapports de la symphyséotomie avec l'embryotomie fœticide et l'opération césarienne sont faciles à délimiter, la tâche n'est pas encore aussi aisée quand il s'agit d'établir les rapports de la symphyséotomie, d'une part avec l'accouchement provoqué, d'autre part avec les applications de forceps.

Cependant on peut dire, je crois, dès aujourd'hui, que la symphyséotomie est appelée à rendre un grand service à l'accouchement provoqué. Elle nous évitera de pratiquer désormais *des accouchements provoqués par trop prématurés*. La crainte de l'obstacle de la filière pelvienne rétrécie ne hantera plus autant nos esprits, et

sachant que nous avons la faculté, j'allais dire la facilité, d'agrandir la voie, nous attendrons avec calme que la vitalité du fœtus, que son aptitude à vivre de la vie extra-utérine soient certaines.

Le point délicat et qui ne sera jugé que par une longue expérience, par un nombre considérable de faits bien observés est le suivant : vaut-il mieux provoquer un accouchement à 8 mois, comptant sur un accouchement spontané, que d'attendre la déclaration du travail spontané et tempestif et de pratiquer la symphyséotomie ? Je ne me reconnais pas le droit de vous dire aujourd'hui quelle est mon opinion à ce sujet. J'en ai une ; mais j'attends, pour la faire connaître, que des observations nombreuses soient venues l'appuyer ou la modifier ».

La symphyséotomie, qui ne devait d'abord que supprimer la basiotripsie sur l'enfant vivant, semble dès ce moment déjà avoir quelques tendances à supplanter l'accouchement prématuré.

On la pratiquait de plus en plus et quand M. Varnier publia le bilan de la symphyséotomie renaissante au 31 mars 1893, il avait pu en réunir 124 cas dont 42 italiens et déjà 49 français.

En Allemagne, où l'opération césarienne comptait de nombreux partisans, on était moins séduit qu'en France par la symphyséotomie.

Le compte rendu du cinquième Congrès de la Société allemande de gynécologie (1), reflète assez les idées

(1) *Annales de gynécologie*, 1893, t. II, p. 145.

générales des accoucheurs allemands sur cette opération.

Zweifel a fait, il est vrai, amende honorable ; il admet que « la symphyséotomie peut être appliquée avec succès aux cas jusque-là réservés à la craniotomie ».

Léopold est d'avis que la symphyséotomie doit avoir des indications strictement limitées entre 8 et 6 centimètres de diamètre conjugué vrai ; et il ajoute : « mais ce serait dépasser le but et méconnaître ma pensée que de comprendre que la symphyséotomie a dès maintenant cause gagnée... La symphyséotomie doit être éprouvée d'abord, et ce serait une grande précipitation que d'en faire, dès aujourd'hui, un emploi fréquent dans la pratique. Ses indications, ses limites, ses conditions resteront encore longtemps non fixées ».

Mais c'est surtout Sænger qui résume bien l'opinion du congrès : « Je pensais, dit-il, dire quelques mots sur les rapports de l'opération césarienne à indications relatives et de la symphyséotomie ; mais la discussion a été tellement bonne pour l'opération césarienne à indications relatives que je renonce à la parole.

La section césarienne l'emportera toujours sur la symphyséotomie. Je pense, comme Schauta, que la symphyséotomie trouvera sa place là où l'opération césarienne à indications relatives serait indiquée, mais où les conditions d'asepsie nécessaire n'existent plus (1) ».

En France la symphyséotomie gagnait chaque jour du terrain, et dès le 7 avril 1893, dans une séance de la Société obstétricale de France, à cette question de M. Bar

(1) *Annales de gynécologie*, t. XXXIX, p. 376.

à MM. Pinard et Varnier : « Rejetez-vous l'accouchement prématuré de parti pris ? » M. Varnier répondait : « M. Bar nous demande si nous rejetons d'emblée l'accouchement prématuré. Je répondrai à cette question (M. Pinard répondra aux autres) ; dans la statistique que vous avez en mains, je vois, à la date du 29 mai 1892, que M. Pinard a opéré une femme ayant un diamètre promonto-sous-pubien de 93 millimètres, et j'ai pris soin de mettre entre parenthèses : « L'auteur appelé à examiner cette femme au 7e mois 1/2 a décidé de la laisser aller à terme et de pratiquer d'emblée la symphyséotomie à dilatation complète ». Ce qui nous montre que déjà à cette époque M. Pinard avait presque renoncé à la combinaison de l'accouchement prématuré provoqué et de la symphyséotomie, et qu'il marchait vers la symphyséotomie remplaçant toutes les opérations obstétricales appliquées auparavant au traitement des bassins viciés.

M. Bar. — Nous nous entendons bien à cet égard : quand une femme enceinte avec bassin rétréci se présente chez vous, votre tendance actuelle est de rejeter l'accouchement prématuré pour attendre et faire la symphyséotomie ?

Et M. Varnier répond : — Oui, à moins que l'accouchement ne se termine spontanément ».

M. Pinard ajoute :

« Je n'ai qu'un seul mot à ajouter à propos des indications de l'accouchement prématuré.

M. Varnier a parlé d'une femme chez laquelle le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 93 mm.

Vous pouvez évaluer, à quelque chose près, l'étendue du diamètre promonto-pubien minimum ; c'est donc un bassin considérablement rétréci ; et vous voyez que, dans ce cas, de parti pris et de la façon la plus nette, j'ai renoncé à provoquer l'accouchement. Mais il est bien entendu que quand le rétrécissement sera plus accusé et qu'il me sera démontré par le calcul, étant donné l'agrandissement du bassin sur lequel scientifiquement je dois compter d'une part, et les dimensions de la tête d'autre part, quand il me sera démontré, dis-je, que la tête ne passerait pas à terme, dans les rétrécissements extrêmes par conséquent, *mais seulement dans ces cas-là*, j'aurai recours à l'accouchement provoqué combiné à la symphyséotomie. Or, il faut bien le dire, nous ne rencontrons ces cas que très rarement dans nos services ».

La symphyséotomie, qui, d'après M. Pinard, le 7 novembre 1892, devait « avoir avec l'accouchement prématuré de bons rapports » et « était appelée à lui rendre un grand service », l'avait complètement supplanté. M. Pinard avait suivi la conduite qu'il s'était tracée à la séance de la Société obstétricale. Le 7 novembre 1893, dans la troisième leçon sur la symphyséotomie, il pouvait annoncer qu'à la clinique Baudelocque, pendant l'année écoulée, « aucune embryotomie n'avait été pratiquée sur un enfant vivant, aucun accouchement n'avait été provoqué ». « Vous voyez, ajoute-t-il, que les rapports de la symphyséotomie avec l'accouchement provoqué, sont devenus de plus en plus rares ». Dans la statistique de l'année, on voit que 13 symphyséoto-

mies ont été pratiquées et ont donné comme résultats : 13 enfants vivants et 12 femmes guéries ; une femme est morte mais au moment de l'opération « l'œuf était ouvert depuis 66 heures et le liquide amniotique était vert, épais, extrêmement fétide ».

M. Pinard expose « comment la symphyséotomie » a agi directement et indirectement.

Directement, dit-il, en agrandissant le bassin.

Indirectement, en m'empêchant de provoquer des accouchements dans nombre de cas de rétrécissements du bassin, où l'expectation armée, c'est-à-dire appuyée sur le bistouri prêt à agrandir la filière, a permis d'attendre et de voir se faire l'expulsion spontanée d'enfants à terme et bien portants, que j'aurais fait jadis naître prématurément en m'appuyant sur les données classiques ».

Le bénéfice de cette méthode avait été considérable.

Une seule femme était morte, et non du fait de l'intervention. Le bilan de l'année se résumait dans ce mot de M. Pinard : « Jamais autant de bassins rétrécis, jamais moins d'opérations ».

Puis M. Pinard termine en disant : « J'ai abandonné l'accouchement provoqué, parce que j'ai fait naître trop de fois des enfants non viables, parce que, dans d'autres circonstances, j'intervenais trop tard, et parce qu'enfin, point sur lequel j'appelle votre attention, les travaux les plus récents des neuro-pathologistes démontrent qu'un enfant né avant terme, difficilement, est, bien plus qu'un autre, candidat aux diplégies cérébrales ».

A partir de ce moment, la symphyséotomie n'avait plus de terrain à gagner à l'École de M. Pinard, elle

« remplaçait toutes les opérations obstétricales employées auparavant au traitement des bassins viciés ».

Or les succès se continuèrent.

En 1894 (1), 22 symphyséotomies ont été faites à la clinique Baudelocque. 3 femmes sont mortes, mais l'une par obstruction intestinale, et les deux autres par infection préalable. Ces décès ne peuvent être attribués à la symphyséotomie.

Quant aux enfants, 2 sont morts, l'un par fracture du crâne antérieure à la symphyséotomie, l'autre par suite de la compression du cordon. Ici encore la symphyséotomie ne peut être incriminée.

(1) *Annales de gynéc. et d'obst.*, n° de janvier 1895.

CHAPITRE X

La faveur dont jouissait la symphyséotomie à la clinique Baudelocque ne s'était pas généralisée dans toute l'École française. Les accoucheurs qui ne rejetèrent pas l'accouchement provoqué furent nombreux, et ils s'efforcèrent encore de le perfectionner. Ces préoccupations ressortent bien d'une étude de M. le docteur Boissard sur les indications de l'accouchement prématuré artificiel (1).

Il divise la question en 4 points ; les deux premiers, les indications de la nécessité de provoquer l'accouchement, et l'indication du moment où doit se faire cette provocation nous intéressent plus particulièrement. « Il y a nécessité, dit-il, en face d'une viciation pelvienne d'interrompre la grossesse, chaque fois que l'expulsion du fœtus à terme, ne pourra se faire spontanément ou exigera l'emploi du forceps ou de la version devant entraîner des dangers ou des accidents pour la mère ou pour l'enfant ».

L'auteur fait alors ressortir les difficultés que présente la réponse à une première question : quand le fœtus sera-t-il à terme ? On fait quelquefois des erreurs de 10, 15, 20 jours sur l'âge de la grossesse ; de plus on se trompe dans l'appréciation du rétrécissement ; « on s'en

(1) *Archives de Tocol.*, 20 janvier 1893.

tient à des moyennes, aux résultats généraux les plus fréquemment constatés alors qu'on peut dire qu'il n'y a que des cas particuliers ». Nécessaire dans certains cas à 10 centimètres de diamètre promonto-pubien, la provocation de l'accouchement est parfois inutile à 9 centimètres. — De plus le volume des fœtus varie dans de grandes proportions, de 3.300 grammes à 5.000 grammes, d'où la nécessité de tenir compte de nombreuses données ; âge des parents, sexe, époque de la première apparition des règles et leur durée ; et l'auteur ajoute : « que de problèmes, que d'incertitudes !..... En somme, dirons-nous, sur trois termes nécessaires à connaître pour provoquer l'accouchement prématuré (âge de la grossesse, volume fœtal, mesure du bassin) pas un n'est précis, pas un n'est certain ». Puis tout en appréciant le palper mensurateur, M. Boissard montre qu'il laisse quelquefois place à des erreurs ; qu'on est assez souvent poussé à agir trop tôt : d'où la nécessité, dans la provocation de l'accouchement, « de grand sens et de grand tact clinique ».

M. le professeur Tarnier n'avait pas abandonné l'accouchement provoqué et il exprimait nettement son opinion à la Société obstétricale de France du 6 avril 1893. Voici ce qu'on lit dans le compte rendu de cette séance (1):

M. Tarnier. — « Depuis quelques années l'antisepsie a révolutionné l'obstétrique surtout en modifiant les suites de couches. Avec elle l'opération césarienne et la symphyséotomie ont donné des résultats si heureux

(1) *Semaine médicale*, 1893, p. 171.

qu'on s'est demandé si ces deux modes d'intervention ne devraient pas être substitués à l'accouchement prématuré artificiel.

Je ne le pense pas, quant à moi, et les résultats que j'obtiens ne me permettent pas d'abandonner une opération que je regarde comme très bonne ».

Suit l'exposé sommaire de 44 cas pratiqués à la clinique de la rue d'Assas du 1er novembre 1890 au 1er novembre 1892. Et M. Tarnier termine :

« La mortalité maternelle a été de 1/44e attendu que la femme atteinte d'anémie pernicieuse a succombé. Dans ces conditions je crois qu'on peut dire que la mortalité du fait de l'intervention est nulle. Cette innocuité absolue de l'accouchement provoqué est du reste confirmée par les statistiques actuelles de tous les accoucheurs.

La mortalité infantile a été de 18 p. 100. 4 enfants sont venus morts-nés (entre autres l'enfant de la femme anémique), 4 sont morts après la naissance. La proportion des enfants sortis vivants de mon service a été de 82 p. 100.

J'estime que ces chiffres que je viens d'exposer sont intéressants à connaître et qu'il est utile de les comparer aux chiffres fournis par les statistiques d'opération césarienne et de symphyséotomie.

M. Guéniot. — Il n'est pas douteux que les diverses méthodes ne doivent pas s'opposer l'une à l'autre mais s'entr'aider ».

A la même session de la Société obstétricale de France, dans cette séance où M. Bar avait demandé à MM. Pi-

nard et Varnier s'ils rejetaient l'accouchement prématuré, il avait donné son avis sur cette opération (1).

M. Bar : — « Que peut-on objecter à l'accouchement prématuré ? La mortalité des femmes... Il n'y en a pas. Nous sommes tous d'accord à cet égard.

Reste la mortalité infantile. D'après ses statistiques, notre maître commun, M. Tarnier, est arrivé à une mortalité de 18 p. 100. J'ai fait le relevé de plus de 40 accouchements provoqués dans mon service et j'arrive à peu près au même chiffre de 1/5e. Mais en regardant mes observations, j'ai vu que s'il y avait mortalité dans 1/5e des cas, en réalité, il y en avait beaucoup dans lesquels j'avais provoqué l'accouchement poussé par les circonstances, la femme arrivant tard dans le service, et je croyais qu'il y avait avantage à provoquer l'accouchement. C'est ainsi que j'ai eu des cas défavorables ».

M. Budin, dans cette séance, s'affirme aussi partisan de l'accouchement provoqué.

Le compte rendu du Congrès international de gynécologie tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894 (2) nous fait connaître l'opinion de quelques accoucheurs étrangers sur l'accouchement prématuré.

Morisani laisse encore quelques indications à l'accouchement provoqué. Après avoir parlé de la grande mortalité des enfants nés à la fin du 7e mois ou au commencement du 8e il ajoute (3) : « Ceux, au contraire, qui naissent à la fin du 8e ou dans le commencement du 9e mois,

(1) *Ann. de gyn.*, 1893, p. 380.
(2) *Ann. de gyn.*, 1894, t. XLI, p. 281.
(3) *Ann. de gyn.*, 1894, t. XLI, p. 298.

ont de grandes chances de survivre, surtout s'ils sont entourés de soins assidus et intelligents.

Je crois donc que la question pourrait être résolue de la manière suivante : pour les femmes chez lesquelles le bassin nécessite l'accouchement prématuré à la fin du 7e mois, ou dans le cours du 8e (diamètre promonto-pubien = 70 à 81 mm.), le mieux est d'attendre le terme et de pratiquer la symphyséotomie.

Chez celles dont le bassin peut permettre l'expulsion d'un fœtus non à terme dans la première ou dans la deuxième semaine du 9e mois il est permis et utile de préférer l'accouchement prématuré à la symphyséotomie ».

Léopold (1) préfère à la symphyséotomie l'accouchement provoqué après la 34e semaine et cite à l'appui de son opinion les résultats obtenus par : Tarnier, Dorhn, Ahlfeld, Fehling, Calderini.

Pour lui quand le diamètre conjugué vrai est réduit à 7 centimètres, il faut chez les multipares, quand on est appelé à temps, provoquer l'accouchement prématuré (proposition II).

En 1894 les avis étaient donc partagés en France comme à l'étranger.

A cette époque, M. le Dr Perret a pu, dans une thèse très intéressante, réunir du 1er janvier au 1er novembre 1894, 294 observations d'enfants nés prématurément et placés dans les couveuses (2).

(1) *Ibid.*, p. 453.
(2) Perret, *Symphyséotomie et accouchement provoqué* (*en pratique obstétricale*), thèse de Paris, 1894, p. 112.

57 enfants pesaient de 1000 à 1500 grammes, 42 sont morts ; mortalité : 73,6 p. 100.

114 enfants pesaient de 1500 à 2000 grammes (nés de 7 à 8 mois), 20 morts ; mortalité : 25 p. 100.

78 enfants pesaient de 2000 à 2800 grammes, 4 morts ; mortalité : 5 p. 100.

45 enfants pesaient de 2800 grammes et au-dessus (presque à terme), pas de morts ; mortalité : 0 p. 100.

Il résulte de ce tableau que la mortalité des enfants nés prématurément est d'autant plus faible que le poids de ces enfants est plus élevé, c'est-à-dire que l'époque de l'accouchement est plus près du terme de la grossesse.

Or moins un bassin est rétréci, plus il sera permis de reculer l'époque de la provocation de l'accouchement et d'autant meilleurs seront les résultats de cette opération.

C'est en somme l'opinion qu'avait émise Morisani au Congrès de Rome.

C'est aussi l'opinion qu'émettait devant nous M. le Dr Bar, professeur agrégé, dans une leçon faite au mois de janvier 1896 à la clinique de la rue d'Assas, et où nous avons puisé l'idée de cette thèse.

« Les résultats de l'accouchement prématuré, concluait-il, excellents dans les bassins peu rétrécis, médiocres dans les rétrécissements moyens, sont détestables dans les petits ».

CONCLUSIONS

I. — L'accouchement prématuré artificiel ne nous paraît pas devoir être radicalement proscrit.

II. — Les reproches adressés à la méthode au point de vue du développement ultérieur du prématuré, les résultats des statistiques citées, devront faire réserver l'accouchement provoqué au cas où il n'enlèvera au fœtus le bénéfice que de 2 à 3 semaines de vie intra-utérine, perte qu'on compensera par l'emploi de la couveuse et du gavage.

Les bassins de 9 centimètres et au-dessus de diamètre promonto-pubien minimum rentrent dans ce cas.

III. — On devra, pour fixer l'époque de la provocation de l'accouchement, s'appuyer sur les résultats fournis par le palper mensurateur, et tenir compte des influences qui ont pu agir sur le développement du fœtus (taille du père, grossesses antérieures, etc...).

IV. — Les bassins au-dessous de 8 centimètres jusqu'à 67 millimètres sont tous justiciables de la symphyséotomie. Attendu que dans ces bassins on ne peut faire passer que des fœtus d'environ 2.000 grammes et que la mortalité infantile dans ces cas est trop élevée sans que la mortalité maternelle soit nulle.

V. — Restent les bassins de 8 à 9 centimètres.

Dans ces cas il y a à considérer :

a) Le volume de l'enfant (nous savons sur quelles données on doit s'appuyer pour l'évaluer).

b) La forme du bassin.

1. Le bassin est généralement rétréci ; le volume de l'enfant devra être plus petit, il vaudra donc mieux attendre la fin de la grossesse et faire la symphyséotomie.

2. Le bassin est aplati d'avant en arrière.

S'il est *annelé*, avec conservation de la concavité du sacrum, le mécanisme particulier de l'accouchement dans ce cas (déflexion de la tête et asynclitisme postérieur) permettra le passage d'enfants assez volumineux pour être bien viables. S'il est *canaliculé*, avec une concavité sacrée effacée, ce mécanisme ne pourra se produire et la symphyséotomie reprend ses droits.

C'est au sens clinique de chaque opérateur de lui dicter sa conduite, dans ces bassins de 8 à 9 centimètres de diamètre promonto-pubien minimum.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ahlfeld. — Die Bestimmung der Grœsse des Kindes vor der Geburt. *Annales de gyn. et d'obstétr.*, février 1891, janvier 1892, décembre 1892, janvier 1894.

Auvard. — *De la couveuse pour enfants*. Paris, 1883.

Baudelocque (J.-L.). — *L'art des accouchements*. Paris, 1807 et 8e édit., Paris, 1844.

Berthod. — *La couveuse et le gavage à la Maternité de Paris*, 1887.

Boissard. — Etude sur les indications de l'acc. prématuré artif. *Archives de tocol.*, 20 janv. 1893.

Boivin (Mme). — *Mémorial de l'art des accouchements*. Paris, 1836.

Budin. — *De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique*. Paris, 1876.

Burckhardt. — *Essai sur l'accouchement prématuré artificiel*. Thèse de Strasbourg, 1830.

Capuron. — *Cours théorique et pratique d'accouchements*. Paris, 1811.

Cazeaux. — *Traité d'accouchements*. Paris, 1846.

Chailly-Honoré. — *Traité pratique de l'art des accouchements*. Paris, 1853.

Charpentier. — *Traité pratique des accouchements*. Paris, 1883.

Corradi. — *Dell'ostetricia in Italia*. Bologna, 1874, 1876, 1877.

Desormeaux et **P. Dubois.** — *Dict. de méd. en 40 vol.*, art. Symphyséotomie.

Desforges. — *Recherches historiques et critiques sur la symphyséotomie*. Paris, 1892.

Dubois (P.). — *Dans les différents cas d'étroitesse du bassin, que convient-il de faire ?* Thèse de concours, 1834.

Dezeimeris. — *Dict. de médecine*, 2e édit., 1832, t. II, art. Accouchement prématuré artificiel.

Doléris. — *Archives de tocol.*, 1887, p. 1066.

Dohrn. — *Semaine médicale*, 1890, p. 319.

Farabeuf. — *Précis de manuel opératoire*. Paris, 1893.

Gardien. — *Bulletin des sciences méd.*, t. V, 1810.

Gotchaux. — *De la symphyséotomie*. Thèse de Paris, 1892.

Jacquemier. — *Manuel des accouchements*. Paris, 1846.

— *Dictionnaire Dechambre*, art. Accouchement provoqué.

Krause (A.). — *Die künstliche Frühgeburt. Monogr. dargestellt.* Breslau, 1855.

Lacour. — *Recherches historiques et critiques sur la provocation de l'accouchement prématuré.* Thèse de Paris, 1844.

La Torre. — *Du développement du fœtus chez les femmes à bassin vicié.* Paris, 1887.

Lenoir, Sée et **Tarnier.** — *Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchement.* Paris, 1865.

Léopold, Korn, Lohmann et **Prager.** — *Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt, Wendung und Perforation bei engem Becken.* Stuttgart, 1888 et *Annales de gyn.*, 1893 et 1894 (Compte rendu du congrès de Rome).

Mauriceau. — *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées.* Paris, 1721.

Maygrier (J.-F.). — *Nouveaux éléments de la science et de l'art des accouchements.* Paris, 1817.

De la Motte. — *Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature.* Paris, 1765.

Lachapelle (Mme). — *Pratique des accouchements.* Paris, 1825.

Moreau. — *Traité pratique des accouchements.* Paris, 1841.

Morisani. — *Annales de gynéc. et d'obst.*, 1892. Compte rendu du congrès de Rome, *ibid.*, 1894.

Perret. — *Symphyséotomie et accouchement prématuré en obstétrique.* Thèse de Paris, 1894.

Peu. — *La pratique des accouchements.* Paris, 1694.

Pinard. — *Annales de gynécologie et obst.* 1892, 1893, 1894, 1895.

Smellie. — *Traité de la théorie et de la pratique des accouchements*, traduit par M. de Préville. Paris, 1771.

Stanesco. — *Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin.* Paris, 1869.

Stolz. — *Mémoires et observations sur la provocation de l'accouchement prématuré dans le cas de rétrécissement du bassin.* Strasbourg, 1835.

Tarnier. — (Compte rendu de la société obstétricale, séance du 6 avril 1893). *Semaine médicale*, 1893, p. 171.

Varnier. — Le Bilan de la symphyséotomie renaissante au 31 mars 1893. *Annales de gynécologie*, avril 1893.

Velpeau. — *Traité complet de l'art des accouchements.* Paris, 1835.

Zweifel. — *Lehrbuch der Geburtshülfe.* Stuttgart, 1889.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur. Saint-Dizier, Hte-Marne.